

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° 170

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre LAMARQUE

Lauréat de la Faculté des Sciences de Toulouse (1908)
Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

CONTRIBUTION AU

DIAGNOSTIC CLINIQUE RÉTROSPECTIF

DU

BOUTON D'ORIENT

D'APRÈS L'ASPECT DE LA CICATRICE

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

170

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre LAMARQUE

Lauréat de la Faculté des Sciences de Toulouse (1908).
Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

CONTRIBUTION AU

DIAGNOSTIC CLINIQUE RÉTROSPECTIF

DU

BOUTON D'ORIENT



D'APRÈS L'ASPECT DE LA CICATRICE

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN¹: M. ROGER
ASSESEUR²: G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	N.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEANSELME

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*Nous le remercions de la bien-
veillance qu'il nous a toujours
témoignée et du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

CONTRIBUTION AU
DIAGNOSTIC CLINIQUE RÉTROSPECTIF
DU
BOUTON D'ORIENT
D'APRÈS L'ASPECT DE LA CICATRICE

INTRODUCTION

Le Bouton d'Orient est une affection peu grave en elle-même, mais qui laisse toujours après elle une cicatrice : on peut dire que c'est là le seul élément de gravité de cette maladie, car en dehors de l'intérêt que cette cicatrice peut offrir au médecin, intérêt que nous allons étudier dans cette thèse, elle marque d'une façon indélébile et souvent inesthétique le sujet qui en est porteur, et peut même quand elle siège sur une paupière être cause d'un ectropion et partant de toutes ses complications.

Très fréquentes sur le visage, ces cicatrices en détruisent l'harmonie d'une façon si fâcheuse qu'un vieux proverbe Persan recommande de ne regarder les jeunes filles d'Ispahan que d'un seul côté et que les Juifs de Bagdad en pratiquaient autrefois l'ino-

culation artificielle sur une partie du corps protégée par les vêtements, afin d'éviter ainsi la formation à la face ou sur quelqu'autre partie découverte d'une cicatrice disgracieuse ; le Bouton d'Orient ne récidivant jamais. Mais ces cicatrices ne sont pas uniquement localisées à la face. On en relève sur les bras, les jambes, et leur aspect n'étant pas suffisamment pathognomonique pour que ce diagnostic puisse en être fait à première vue, beaucoup de médecins sont exposés à les confondre avec des cicatrices de nature toute différente. Cependant ces cicatrices étudiées de près ont un aspect spécial et c'est pour tâcher de fixer les signes qui les caractérisent qu'à l'instigation de M. le professeur Jeanselme nous avons entrepris cette étude sur le diagnostic rétrospectif du Bouton d'Orient d'après l'aspect de la cicatrice.

Ayant eu l'occasion d'en observer de nombreux cas, durant notre séjour dans les oasis sahariennes et en ayant été atteint nous-même, nous avons pu nous rendre compte de la valeur de la lésion cicatricielle dans le diagnostic clinique, et de l'intérêt qu'il y a pour le médecin colonial à savoir rattacher à leur origine exacte les diverses cicatrices que présentent si souvent les indigènes de certaines régions de l'Afrique du Nord et d'une partie de l'Asie, régions où en même temps que le Bouton d'Orient, qui y sévit à l'état endémique, la syphilis, le pian, la variole, la tuberculose exercent de profonds ravages parmi la population.

Or c'est en recherchant les points de détail qui

appartiennent en propre à la cicatrice du Bouton d'Orient que l'on évitera en présence d'un sujet porteur de cicatrices, venant consulter le médecin pour une affection quelconque, de confondre une cicatrice de Bouton, avec des cicatrices, soit de tuberculides cutanées ou de gommes syphilitiques; erreur qui risquerait de faire considérer le malade comme un ancien syphilitique ou tuberculeux.

Il faut considérer en effet, que ces cicatrices se rencontrent surtout chez les indigènes et chez des hommes qui ont la peau plus ou moins teintée en noir. Chez les premiers, la confusion est d'autant plus facile, que s'expliquant mal, ou ayant peu observé leur lésion, ils sont incapables de donner une explication suffisante de ce qu'ils ont éprouvé, et ne s'occupent pas de savoir si le médecin a besoin d'être exactement renseigné sur une lésion qui bien souvent a été oubliée par eux, car elle remonta à de nombreuses années en arrière, ou même à l'époque de leur jeunesse.

Avec des Européens l'importance est moindre, car ces derniers savent en général donner des renseignements suffisamment précis au médecin, pour que ce dernier puisse porter avec certitude le diagnostic et éliminer les autres lésions. Toutefois il peut se trouver d'anciens malades qui peu intéressés par cette lésion indolore et chronique, qui a guéri d'elle-même au bout d'un temps plus ou moins long, ne se sont point occupés du diagnostic et ne peuvent rattacher la cicatrice qu'ils présentent à une infection

cutanée parasitaire. Chez ceux-là comme chez les indigènes un diagnostic rétrospectif mal fait expose à une erreur de traitement à propos d'une affection générale. Donc une étude clinique minutieuse de la lésion s'impose, les caractères qui permettent de faire un diagnostic sont légers, la confusion est facile, c'est une raison de plus pour les bien étudier. Mais avant d'aborder le fond même de notre sujet, rappelons brièvement ce qu'est le Bouton d'Orient, quel est son agent, quelle est son évolution clinique et son mode de cicatrisation.

Le Bouton d'Orient est une dermatose qui existe d'une façon endémique dans des régions fort éloignées les unes des autres, ce qui explique les noms très différents sous lesquels il est connu. Clou de Biskra (Algérie), de Gafsa (Tunisie), Bouton d'Alger (Syrie), de Bagdad (Mésopotamie), du Liban, du Caire, (Egypte) de Delhi, de Bombay (Indes), se résument en une seule et même affection qu'ont mis en évidence les travaux de ces dernières années. Tous ces boutons peuvent être réunis à un seul, sous une seule dénomination. En 1876, T. Fox et T. Farquhar ont proposé celle de Bouton d'Orient, mais Laveran avec juste raison d'ailleurs préférerait soit employer celui de Leishmaniose ; dénomination plus scientifique, basée sur la connaissance de l'agent pathogène unique que l'on retrouve dans ces affections, mais dans la pratique le terme de Bouton d'Orient a prévalu et c'est lui qui est le plus souvent employé.

Le Bouton d'Orient qui jusqu'à présent n'était

connu que dans les régions septentrionales de l'Afrique et dans les régions méridionales de l'Asie a été signalé dans ces dernières années comme existant dans certaines régions du Brésil, mais là on a observé des évolutions cliniques tellement différentes que l'on tend à en faire une variété de leishmaniose cutanée. Ce qui frappe quand on considère la géographie de cette affection c'est sa localisation à des régions bien limitées. Ainsi en Algérie, région où il m'a été donné d'observer de nombreux cas, seuls les habitants des oasis de Biskra, Touggourt, Ouargla et quelques autres en sont atteints ; les nomades Chambaâ et autres Bédouins présentent rarement cette dermatose.

Le Clou de Biskra apparaît à la fin de l'été, en septembre, octobre, époque de la maturation des dattes, aussi les indigènes ont ils appelé le clou « mard el temeur » qui veut dire maladie des dattes : et ils l'attribuent à la consommation des dattes fraîches. Au Caucase, c'est également en septembre et octobre qu'on observe le plus grand nombre de malades atteints de Bouton d'Orient. Aux Indes le bouton se produit principalement pendant la saison froide.

Le Bouton d'Orient dans les localités où il est endémique s'observe avec une égale fréquence chez les individus appartenant aux différentes races et dans toutes les classes de la société. Les indigènes ne sont pas plus atteints que les Européens : nègres, Berbères, Kabyles, Français sont également atteints

en Algérie et la constatation faite par plusieurs auteurs que le nombre des indigènes adultes qui sont porteurs de boutons est beaucoup moindre que celui des Européens adultes s'explique par le fait que l'indigène en est le plus souvent atteint dans son enfance et qu'il jouit de l'immunité que confère une première atteinte.

Etude clinique. — La période d'incubation est très irrégulière et les auteurs lui attribuent une durée qui va de dix jours à plusieurs mois, mais on peut fixer à quinze jours la durée minima de l'incubation chez l'homme, à sept mois la durée maxima et à deux mois la durée moyenne. Le Bouton d'Orient se développe presque toujours sur les parties du corps qui sont d'ordinaire découvertes, aussi est-ce là que nous constatons la plupart des cicatrices.

« Le Bouton d'Alep dit Wilemin, siège presque exclusivement à la face ou aux extrémités, les localisations les plus communes sont par contre de fréquence décroissante les joues, les ailes du nez, les paupières supérieures, le front, les avant-bras, la face dorsale du poignet, la face externe des jambes, le dos du pied. »

Les statistiques de Hoffmann, Weber, faites chez des indigènes des oasis de Laghouat et de Biskra concordent là-dessus.

Evolution. — Le premier symptôme est une légère saillie de la peau, de coloration rouge, livide s'accompagnant d'une légère démangeaison et donnant au toucher la sensation d'une petite masse,

dure cachée sous les téguments. Un point saillant apparaît et est vite surmonté d'une vésicule de la grosseur d'une tête d'épingle, renfermant une goutte d'un liquide séro-purulent. Cette petite ulcération est toujours recouverte d'une croûte grisâtre, très sèche, très adhérente, elle se renouvelle très rapidement si on l'arrache ; elle est formée par les sécrétions de l'ulcère. Sous la croûte l'ulcère progresse, quand il a acquis son plein développement, c'est une perte de substance ronde ou ovalaire du diamètre d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc, parfois même beaucoup plus grande. Les bords irréguliers, festonnés, taillés à pic, comme à l'emporte-pièce sont cerclés d'une aérole érythémateuse plus ou moins étendue. Le fond très mouvementé est parsemé de saillies bourgeonnantes alternant avec des dépressions cupuliformes. Des pustules peu développées qui représentent le premier stade du Bouton d'Orient se groupent autour de l'ulcération, même souvent elles s'étendent, s'unissent à cette dernière pour former des placards ulcéreux de dimensions plus ou moins considérables. Chacun de ces éléments est le point de départ des poussées de lymphangite (1). M. le professeur Jeanselme a signalé l'importance énorme qu'il fallait attacher à ce point qui a une réelle valeur diagnostique. On sent des nodules, gros d'abord comme des grains de blé, qui peuvent acquérir le volume de noisettes. D'abord

(1) Jeanselme. Ac. de médecine, 28 juillet 1914.

fermes, les nodules se ramollissent et suppurent, la plupart se terminent cependant par résorption, ceux qui s'ouvrent et suppurent donnent lieu à des ulcérations identiques à celles du bouton. Cette période constitue la période d'état, elle dure de trois à cinq mois généralement et est suivie de la période de cicatrisation, alors les bords de l'ulcère s'affaissent, l'aréole rouge qui l'entourait disparaît, le fond de l'ulcère se couvre de bourgeons de bonne nature, la plaie devient de plus en plus restreinte et laisse enfin une cicatrice, cicatrice toujours disgracieuse et parfois grave quand elle occasionne un ectropion de la paupière.

De la cicatrice. — C'est cette cicatrice que nous nous sommes proposé d'étudier en détail au point de vue clinique uniquement, afin d'en fixer les caractéristiques et les points qui lui donnent un cachet spécial. Bien qu'aucune cicatrice ne soit rigoureusement pathognomonique par elle-même, on peut avec un peu d'attention et d'habitude en diagnostiquer l'origine probable. Elles constituent donc des stigmates d'autant plus précieux qu'ils sont indélébiles.

Une cicatrice est constituée par un tissu de nouvelle formation qui a réparé une perte de substance ou succédé à un processus inflammatoire. Ce tissu nouveau est toujours fibreux, de plus la reconstitution de la peau n'est jamais qu'imparfaite car il y a déficit de tissu élastique, de fibres musculaires lisses, de poils, de glandes cutanées, souvent même de corps papillaire. On peut donc dire qu'une cicatrice est à

la fois une dermato-sclérose et une atrophie cutanée, quand bien même elle serait exubérante.

Mais laissant de côté l'anatomie pathologique de cette cicatrice, qui ne présente à ce point là, aucun caractère bien distinctif de ceux présentés par des cicatrices similaires ; passons à l'appréciation de la valeur séméiologique des cicatrices. Nous allons pour chacune de celles susceptibles de nous intéresser adopter le même plan d'examen. Nous examinerons successivement :

- a) leur siège ;
- b) leur nombre ;
- c) leur étendue ;
- d) leur configuration ;
- e) leur profondeur ;
- f) leur aspect et leur couleur.

Nous allons étudier d'abord la cicatrice du bouton d'Orient, puis nous passerons à l'étude de celles qui y ressemblant le plus peuvent prêter à confusion. Telles les cicatrices syphilitiques, tuberculeuses, varioliques, lépreuses, pian, etc...

Nous laissons volontairement de côté l'étude des cicatrices dues à une perte de substance artificielle, à un traumatisme, plaie, ou incision accidentelle, car la forme, l'aspect et les commémoratifs précis suffisent à les caractériser de telle sorte que nulle confusion n'est possible.

Après avoir essayé de fixer les signes distinctifs des diverses cicatrices qui nous intéressent, nous condenserons dans nos conclusions les caractères

- propres et biens spéciaux de la cicatrice du Bouton d'Orient.

Caractères de la cicatrice du Bouton d'Orient

Siège. — Ces cicatrices sont surtout fréquentes sur les régions découvertes des individus, face, bras, jambes. Si nous consultons quelques statistiques du Clou de Biskra, sur telle ou telle partie du corps, nous avons immédiatement la fréquence des emplacements des cicatrices, la leishmaniose laissant toujours une trace de son passage.

Weber en faisant un relevé des cas qu'il avait observés en a constaté :

Membre inférieur.....	87
Membre supérieur.....	73
Face	17
Tronc.....	6
Organes génitaux.....	3

Cette statistique diffère légèrement de celle qu'on pourrait établir en se basant sur les cas qui font l'objet des observations que nous avons rassemblées. En effet dans les six observations que nous citons, on relève quatorze cicatrices nettes du Bouton d'Orient, cicatrices se répartissant ainsi :

Face	6
Membre inférieur.....	6
Membre supérieur.....	2

Cette différence tient sans doute à ce que la statis-

tique de Weber a été établie dans une région où les indigènes sont très légèrement vêtus et ont les jambes toujours nues ; ce qui confirme notre affirmation que seules les parties normalement découvertes de l'individu sont touchées. Pour notre part, nous n'avons jamais observé aucune cicatrice et même aucun bouton siégeant sur les organes génitaux.

Nombre. — En général le même malade est porteur de plusieurs cicatrices, car il est assez rare qu'un seul bouton apparaisse uniquement sur un sujet ; presque toujours on est porteur de plusieurs éléments, ces boutons multiples ne se développent pas d'ordinaire en même temps, mais à des intervalles réguliers, car ce sont le plus souvent des auto-inoculations consécutives au grattage. Sonnier a vu à Biskra vingt-deux boutons aux avant-bras et aux jambes du même malade. Sereziat en a constaté vingt-sept chez un officier, nous-mêmes en avons relevé dix sur un de nos malades. Or chaque bouton laissant toujours une cicatrice, il s'ensuit qu'en général, on ne trouvera pas une cicatrice de Bouton d'Orient isolée, on en constatera le plus souvent plusieurs en examinant complètement son sujet.

Dans l'observation n° I on trouve les cicatrices de cinq boutons, dans les n°s II et III de deux.

Etendue. — La cicatrice représente généralement la dimension exacte qu'avait l'ulcération. Elle peut donc varier énormément. Tantôt très petite, comme celles de la variole, reliquat alors d'un bouton qui n'a conservé que très peu de temps la forme

ulcéreuse et dont la cicatrisation a été très rapide.

Tantôt atteignant les dimensions d'une pièce de un ou deux francs et même de cinq francs. On peut en trouver de beaucoup plus grandes mais alors elles ne présentent plus l'aspect typique car elles sont consécutives à des boutons infectés secondairement ou qui ont été compliqués de phagédénisme lequel, on le sait, se greffe si souvent sur les plaies de toute nature, en pays exotique.

Généralement elles ont deux à trois centimètres de large sur autant de hauteur. Dans les observations citées en fin de cette étude quatre cicatrices ont cette dimension (obs. I, II et III), les autres sont plus petites, aucune ne dépasse ces limites-là.

Configuration. — La cicatrice revêt généralement dans son ensemble une forme à peu près circulaire, mais très irrégulièrement arrondie. Les bords sont festonnés, polycycliques formant une légère dentelure très sinueuse représentant exactement les limites de l'ulcération primitive. L'ensemble de la cicatrice paraît être à un niveau légèrement inférieur à celui de l'épiderme qui l'entoure, c'est dû à ce qu'à son emplacement l'épiderme et même une partie du derme ont été détruits et que le tissu cicatriciel n'a pas complètement comblé l'ulcération. Mais en général l'aspect de la région où se trouvent les cicatrices n'est pas modifié quant à son ensemble, sauf quand elle siège à la paupière ; cette cicatrice n'est pas une cicatrice mutilante et rétractile comme celles consé-

cutives par exemple à une brûlure ou à un large phlegmon.

A côté de cette principale cicatrice déchiquetée existe souvent une multitude de petites mouchetures cicatricielles qui sont des vestiges de pustules-filles.

Ces petits éléments peuvent être réunis à la principale cicatrice, mais le plus souvent ils en sont séparés par une étroite bande d'épiderme sain. Ils offrent un aspect moins tourmenté et moins irrégulier que l'élément central, car ce sont le reliquat de pustules peu développées n'ayant pas franchi le premier stade du Bouton d'Orient. Mais leur présence très fréquente est un bon signe caractéristique de la leishmaniose cutanée (obs. I et III).

Au palper la peau ne présente pas le moindre bourrelet à la limite du tissu cicatriciel et de l'épiderme normal, seul l'aspect et la couleur révèlent une différence.

Profondeur. — Si à sa périphérie la cicatrice semble continuer l'épiderme normal en ne modifiant pas la surface de la région, il n'en est plus de même dès qu'on observe le reste de la cicatrice. On aperçoit alors de petits enfoncements cupuliformes, confluents qui donnent à cette partie un aspect tourmenté. Souvent du centre de la cicatrice partent des crêtes saillantes, les unes plus en relief que les autres et qui se terminent à la périphérie. Entre ces crêtes sont des dépressions et il semble à première vue que ces dernières sont dues à des adhérences contractées avec les tissus sous-jacents. Or en palpant on

se rend compte qu'il n'en est rien, que la cicatrice est indépendante des plans profonds et que toutes ses parties présentent également la même souplesse et la même mobilité. Cet aspect tourmenté tient uniquement à ce qu'en ces endroits l'ulcération avait entamé le derme plus profondément qu'ailleurs. La cicatrice reproduit un peu l'aspect qu'avait la lésion originelle en pleine période d'évolution.

Ces éléments ponctués sont généralement répartis d'une façon quelconque, mais ils prédominent surtout près de la périphérie de la cicatrice. Au centre de la lésion la cicatrice est plane, lisse, blanche occupant la plus grande partie de la superficie totale, tout autour d'elle sont disséminées les ponctuations. Ce dispositif est surtout apparent dans les cicatrices de grandes dimensions. A l'observation I on a sur la face externe des jambes du malade deux belles cicatrices répondant exactement à ce dispositif. Sur les surfaces planes les cicatrices sont en général plus unies, moins tourmentées, moins profondes que celles siégeant sur des parties du corps légèrement accidentées : telles l'oreille, les paupières, les pommettes (obs. I et II). A ces endroits les dépressions et les crêtes sont alors beaucoup plus marquées, ces dernières prennent souvent un aspect chéloïde et jouant un véritable rôle d'adhérences provoquent des rétractions et des déformations soit du lobe de l'oreille, soit des paupières, soit des ailes du nez. L'ectropion des paupières est en effet une des com-

plications la plus grave du Bouton d'Orient, provoquant des infections oculaires sérieuses.

Le Bouton d'Orient n'ayant, nous l'avons déjà dit, aucune répercussion sur l'ensemble de l'organisme, la cicatrice du Bouton d'Orient non compliqué de phagédénisme ou d'une autre infection ne dépasse jamais en profondeur le derme, jamais elle ne se forme sur le tissu musculaire, c'est ce qui explique le manque complet d'adhérences et sa souplesse égale à celle de la peau normale qui l'environne.

En cela elle est bien distincte des cicatrices d'origine tuberculeuse.

Couleur et Aspect. — La cicatrice du Bouton d'Orient est rarement blanche, on trouve cependant quelques individus porteurs de cicatrices absolument dénuées de pigmentation et tranchant par leur pâleur sur les tissus avoisinants surtout quand le sujet est un indigène des pays orientaux. On trouve dans les observations II et IV, de telles descriptions de ces cicatrices absolument blanches.

Mais en général la cicatrice est pigmentée, fortement pigmentée même au début. Dans les premiers mois qui suivent la cicatrisation, l'aspect est brun, noirâtre, tranchant vivement avec la coloration de la peau environnante, puis cette teinte s'atténue, le centre de la cicatrice commence à s'éclaircir, il blanchit, seules quelques membranes foncées la sillonnent lui donnant un aspect craquelé ; la zone adjacente prend une teinte plus claire, café au lait, chamois non uniforme comme teinte et non régulière comme

limite. Cette teinte empiète par endroits sur la zone centrale et la zone périphérique de la cicatrice. Les ponctuations cicatricielles qui siègent surtout à ce niveau, sont plus claires et se détachent directement sur le fond qui est plus pigmenté, les crêtes ou petites brides signalées plus haut, elles, sont foncées, d'où aspect bien spécial comme couleur de la cicatrice.

La périphérie, elle, conserve cette pigmentation foncée rappelant celle du xanthésma et qui permet de retrouver très exactement les limites de l'ulcération primitive.

Au niveau de la cicatrice les éléments glandulaires sudoripares étant détruits, la peau est sèche, craquelée des squames se détachent continuellement de sa surface qui se laisse facilement ulcérer et est très sensible aux chocs et aux frottements.

Les cicatrices sont également dénuées de poils même quand elles siègent en des régions où le système pileux est normalement développé. Ainsi aux jambes, à la face dorsale des avant-bras, les poils manquent complètement au niveau des cicatrices (ob. I, IV, V).

Cependant dans l'observation II, on relève la description d'une cicatrice siégeant au niveau de la commissure labiale gauche, cicatrice présentant tous les caractères d'une cicatrice de Bouton d'Orient sauf qu'on y constate une hypertrichose légère, très discrète paraissant liée aux modifications qu'a subies le derme. Et fait à noter ce développement du sys-

tème pileux n'existe pas sur la commissure. Le sujet examiné étant d'ailleurs une femme.

A présent que nous avons vu en détail les signes caractéristiques de la cicatrice du Bouton d'Orient, décrivons rapidement les signes particuliers aux autres cicatrices susceptibles de prêter à confusion. Nous commencerons par les plus importantes et, celles qui s'en rapprochent le plus, les cicatrices de gommès syphilitiques.

Caractères des cicatrices des gommès syphilitiques

Ces cicatrices succèdent à l'épidermisation des gommès syphilitiques, et sont naturellement modelées sur le patron de l'entamure subie par les téguments. Aussi leur configuration est elle très variable ainsi que d'ailleurs leur nombre et leur siège.

Cependant elles siègent de préférence aux jambes (face externe et interne du tibia), à la tête et à la face, mais on en observe aussi sur le thorax et même sur les membres supérieurs. On peut n'observer qu'une seule cicatrice sur un sujet, mais souvent il y en a plusieurs qui ont succédé à des gommès apparues successivement.

La cicatrice correspond exactement aux ravages causés par la gomme, s'il y a eu (comme à l'aile du nez, par exemple) destruction d'une paroi, elle figurera une brèche, une encoche, une mutilation de

forme très irrégulière et indescrivable. Au contraire, siégeant sur une surface plane comme le front ou le thorax, elle sera plate, étalée. Or dans le premier cas, elle n'offrira rien de spécial comme couleur tandis que dans le second, elle subira le processus de pigmentation suivant.

Tout à fait jeune, cette cicatrice est rouge. Bientôt elle se fonce de ton et devient brune, d'un brun sombre mêlé de gris. Puis elle perd sa nuance rouge pour passer à une teinte pigmentée sombre ou noirâtre. Cette teinte est plus ou moins accentuée suivant les cas. Presque toujours elle est ce qu'on peut appeler noirâtre, mais parfois elle est presque noire. Cette teinte noire subsiste pendant un temps plus ou moins long, parfois même elle subsiste avec une teinte foncée à des degrés variables pour une partie de l'existence.

Fournier rapporte avoir vu nombre de fois des malades porteurs sur les jambes de macules pigmentées remontant à dix, quinze et vingt ans. Mais en général cette macule brune s'atténue avec le temps, s'efface même pour faire place à une tache blanchâtre d'un ton plus blanc que celui de la peau saine.

Il est de ces cicatrices qui se décolorent absolument, sauf à leur circonférence qui reste le siège d'une zone noirâtre en forme d'anneau. C'est, il est vrai, une variété assez rare.

Ces cicatrices sont toujours plus ou moins déprimées et d'aspect gaufré, elles sont permanentes et

indélébiles. Elles ont quelques caractères qui leur assignent plus spécialement un cachet de spécificité et qui permettent de faire à leur constatation le diagnostic rétrospectif de spécificité.

Ces caractères sont au nombre de quatre associés ou dissociés suivant les cas et qui ont été fixés par Fournier :

1° *Importance* même des cicatrices quant à l'état déprimé de leur surface, ou bien quant à leur étendue, ou bien encore parfois quant aux délabrements aux destructions, aux mutilations auxquelles elles ont abouti. Seules les cicatrices de brûlures ou de lupus peuvent à ce point de vue réaliser avec celles de la syphilis.

2° *Pigmentation*. — Cicatrices brunes, noirâtres ou mêmes noires, c'est la syphilis qui sans contredit imprime le plus intensivement en noir la trace de son passage sur les téguments ;

3° *Configuration de modalité cirunée*. — Tout naturellement les cicatrices des syphilides se modelant sur les ulcérations qui les ont précédées, en reproduisent les variétés multiples et diverses de configuration. Aussi bien est-il souvent facile de diagnostiquer la syphilis rien qu'à l'aspect de certaines cicatrices soit régulièrement orbiculaires, soit uniformes, soit annulaires, soit en arceaux conjugués.

4° *Criblures en grains de plomb*. — Modalité commune et particulièrement significative, on trouve souvent sur un malade un véritable semis de cicatrices grisâtres, légèrement déprimées, rondes, et

de plus serrées les unes contre les autres à la façon d'une criblure de grains de plomb.

Tels sont les caractères propres aux cicatrices syphilitiques, si par leur localisation et leur pigmentation elles peuvent prêter à confusion, leur configuration et leur aspect en criblures de grains de plomb leur sont bien spéciales. De plus la recherche méthodique des autres stigmates de la syphilis doit être faite dans tous les cas, et permettra de confirmer le diagnostic.

Caractères des cicatrices tuberculeuses

Après le diagnostic d'avec les cicatrices syphilitiques, celui que l'on aura le plus fréquemment à faire est celui des cicatrices laissées par la tuberculose cutanée. Cette affection revêt des formes très différentes, elle se présente sous l'aspect de :

Gommes tuberculeuses de la peau ;

Lupus tuberculeux ;

Tuberculose cutanée nodulaire.

Voyons successivement les cicatrices qu'elles laissent comme reliquat après guérison.

Les cicatrices des gommes tuberculeuses qui nous intéressent sont celles laissées par les gommes cutanées. Leur siège tout d'abord est bien spécial, on les voit surtout à la face, en avant des oreilles et sur le cou, ou en dessous du maxillaire inférieur. On en trouve également aux bras, aux jambes, leur nombre est très variable.

L'aspect en est bien typique. La cicatrice est très irrégulière n'a pas de forme spéciale, son contour est sinueux, anguleux, non rongé. La surface en est inégale, on y trouve des brides rétractées, des promontoires, des ponts, ces derniers constitués par de minuscules brides, adhérentes par leurs extrémités seulement, sous lesquelles s'accumule de l'épiderme corné, coloré en noir par des poussières et qu'on peut glisser facilement sous ces brides une épingle ou un stylet.

La teinte de ces cicatrices est également bien différente de celle que nous avons constatée sur les stigmates du Bouton d'Orient ou de la gomme syphilitique. Ici ce n'est plus cette teinte brune, presque noire que nous avons trouvée chez les précédents, c'est au contraire une teinte violacée, rougeâtre, livide, blanchissant un peu à la pression. De plus, cette coloration persiste très longtemps et parfois même elle ne disparaît jamais complètement.

La cicatrice est parfois chéloïdienne, et adhérente avec les plans profonds, on sent que les tissus sous-jacents ont été profondément infiltrés et on retrouve même des massifs légèrement indurés.

Quant au lupus qui ne peut guérir qu'en laissant des cicatrices énormes, ses cicatrices varient avec la variété du lupus : planes, blanches et lisses, atrophiques dans sa forme résolutive, érythématoïde ; plus épaisses souvent rosées, hypertrophiques, quelquefois vicieuses et chéloïdiennes dans les formes profondes. Elles peuvent occasionner des déforma-

tions graves des orifices de la face, par exemple des ectropions, des rétrécissements ou de l'atrésie des narines et de la bouche, des soudures des doigts et des orteils, des rétractions des jointures quand elles siègent aux membres. Elles sont fréquemment le siège d'une repullulation de nodules lupiques. La couleur de ce genre de cicatrice est rouge livide, la peau est tendue, luisante, s'excoriant facilement et souvent recouverte de petites croûtelles.

La tuberculose cutanée nodulaire donne une cicatrice analogue mais non mutilante comme la précédente, l'infiltration des tissus ayant, en général, été moins profonde que dans le lupus.

Caractères des cicatrices de la variole

Les cicatrices de la variole, reliquats des pustules varioliques, siègent surtout à la face, on en relève souvent aussi sur le tronc et sur les membres, mais en bien moins grand nombre, dans la variole en effet et comme on le sait la distribution des boutons se fait sans ordre à la surface du corps et d'une façon fort irrégulière. Aussi trouve-t-on ces cicatrices tantôt isolées, tantôt réunies par groupes plus ou moins abondants. Le nombre des plaques cicatricielles peut ne pas dépasser trois ou quatre, il peut être beaucoup plus considérable, mais il existe toujours entre elles de grands placards de peau saine. C'est toutefois à la figure que l'on relève le

plus de cicatrices, parfois la face en est criblée et présente un aspect si typique que le diagnostic s'impose à première vue, même aux yeux les moins avertis.

La cicatrice variolide, qui est un véritable stigmat de la maladie, a un aspect bien spécial, elle est blanche, luisante, lisse, profonde, irrégulière et est le siège d'une dépression due non pas à une destruction des papilles par le processus suppuratif, comme on le croit généralement, mais due d'après les affirmations de Buri, qui a soutenu cette nouvelle théorie, à ce que les papilles ont été aplaties par la pression de la croûte, mais non détruites. La conséquence de l'effacement papillaire est l'état lisse de la cicatrice, si la croûte était peu épaisse et la pression peu forte, la cicatrice n'est que peu déprimée ; si elle était épaisse et la pression forte, la cicatrice reste profonde, déprimée et indélébile (Buri).

La cicatrice de la variole est petite, ne dépassant pas la surface d'un $1/2$ centimètre carré, allongée, le plus souvent ovale, séparée de sa voisine, par des languettes parfois très étroites de tissu sain.

La coloration brunâtre des cicatrices persiste plusieurs mois et fait ensuite place à une teinte blanche luisante.

On peut aussi rechercher certaines localisations de ces cicatrices, qui si elles existent sur le malade, confirment le diagnostic : ce sont celles qui succèdent aux pustules développées au niveau de la matière unguéale, alors la substance onychogène

cesse de se former dans le stratum granulosum et est remplacée par de l'éleïdine de sorte que dans ces points, il se forme de l'épiderme corné au lieu du tissu unguéal (Suchard).

Or jamais pareille localisation et jamais pareil trouble dans le développement des tissus n'a été signalé dans le Bouton d'Orient.

Caractères des cicatrices lépreuses

La lèpre fournit des cicatrices très variables, superficielles ou profondes, souples ou très scléreuses saillantes ou déprimées, consécutives aux bulles, aux léprides, et surtout aux tubercules et infiltrations : on leur donne souvent le nom de morphées lépreuses, elles sont blanches ou parfois fortement pigmentées et sont caractérisées par leur anesthésie. En dehors de ces morphées, il faut signaler les cicatrices profondes des ulcères de la lèpre, mais qui ne ressemblent en rien au type de cicatrices que nous étudions.

Cicatrices du pian

Le chancre initial, comme dans la syphilis disparaît le plus souvent sans laisser de traces. Quant aux papillomes pianiques ils disparaissent en laissant des taches achromiques ou pigmentaires qui subsistent un certain temps. Toutefois il n'est pas

rare d'observer chez certains sujets qui ont eu cette maladie, quelques cicatrices arrondies, superficielles, minces et lisses ou légèrement gaufrées, en tout semblables aux traces que laissent la vaccine ou l'ecthyma syphilitique. Ces cicatrices peuvent siéger sur n'importe quelle partie du corps, cuir chevelu, organes génitaux, muqueuses. Elles sont en général très nombreuses. Les commémoratifs de la maladie évitent toute confusion avec la leishmaniose cutanée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

P. L. . . . , vingt-neuf ans.

Examen, le 20 novembre 1919. — Ce jeune homme après un séjour de un an dans les oasis sahariennes du sud constantinois, présenta sur diverses parties du corps des boutons qui furent reconnus être des « Clous de Biskra », le diagnostic bactériologique confirma le diagnostic clinique, des corps de Leishman furent identifiés. Soigné par M. le professeur Jeanselme au moyen du 606, ces lésions cicatrisèrent sans qu'on pût conclure à l'efficacité de cette nouvelle méthode de traitement. Cela se passait en 1913-1914.

Actuellement, soit cinq ans après, ce jeune homme présente sur tout le corps de nombreuses cicatrices, reliquats des Clous de Biskra. On en relève :

1° Une sur le pavillon de l'oreille gauche d'une dimension d'une pièce de 2 francs, irrégulière, à contours polycycliques, peu pigmentée et n'altérant en rien la forme de l'oreille, cicatrice assez lisse, mais non uniforme présentant des sillons et de légères crevasses ;

2° Au tiers inférieur de la cuisse droite sur la face antérieure à 2 centimètres au-dessus de la rotule, on voit une cicatrice de forme ovale longue de 3 centimètres, large de

1 et 2. A cet endroit la peau est blanche et lisse au centre de la cicatrice, un peu pigmentée et froncée sur les bords, comme si des adhérences existaient entre l'épiderme et les tissus sous-jacents. Le système pileux n'existe pas à ce niveau, seuls deux ou trois poils émergent sur les bords de cette cicatrice qui est surtout apparente quand la jambe est en extension ;

3° A la partie moyenne de la même jambe, sur la face externe, il existe une superbe cicatrice de la dimension d'une pièce de 5 francs, à bords très irréguliers et festonnés, la peau est très lisse, luisante, présentant de légers squames quand on la fronce entre les doigts, ou qu'on la gratte avec l'ongle. L'épiderme est à ce niveau très fragile. A la périphérie la cicatrice a un aspect punctiforme très net.

Le centre de la cicatrice est blanc sillonné de quelques varicosités, les bords sont au contraire fortement pigmentés présentant une teinte brun-noir.

Pas de système pileux à ce niveau, alors que sur toute la région il est développé d'une façon normale.

A un centimètre de cette cicatrice on en voit une toute petite, punctiforme, qui est le vestige d'une pustule-fille.

4° A la jambe gauche on aperçoit au tiers moyen de la face externe une cicatrice brune de la taille d'une pièce de 50 centimes ; plus bas, au tiers inférieur toujours sur la face externe une cicatrice légèrement ovalaire longue de 5 centimètres et large de 4, à bords très festonnés et irréguliers.

La peau à ce niveau est lisse, mais semble se craqueler quand on la plisse et des squames s'en détachent, le centre est blanc alors que les bords sont fortement pigmentés en brun, pas de poils à son niveau. L'aspect punctiforme

existe dans la zone externe de la cicatrice. Depuis cinq ans que le malade a eu ces « Clous de Biskra » il n'a constaté aucun changement dans l'aspect des cicatrices, elles sont ce qu'elles étaient au début, ne pâlisant pas, ayant toujours la même pigmentation et le même aspect.

OBSERVATION II

B... Zoé, trente-cinq ans.

Examen, le 17 mars 1911. — Cette malade après un séjour de trois ans à Alep a eu un premier bouton situé sur la joue gauche, immédiatement en dedans de la pommette et au-dessous de la paupière inférieure gauche. Ce bouton non soigné et s'étant irrité et excorié a duré un an et demi.

Actuellement à ce niveau, cicatrice superficielle, lisse et peu visible en la considérant avec attention on remarque que tout le pourtour de cette cicatrice est constitué par de petits enfoncements cupuliformes confluents donnant à toute cette portion périphérique un aspect tourmenté. Quelques petites mouchetures cicatricielles aberrantes au pourtour de la cicatrice maîtresse.

Vers le même temps, s'est développé un autre bouton au niveau de la commissure labiale gauche, qui paraît-il, était surchargé d'une croûte en forme de corne qui au dire de la malade était longue de plusieurs centimètres. A ce niveau existe actuellement une cicatrice ayant exactement les mêmes caractères que la précédente, c'est-à-dire, très tourmentée et déchiquetée sur les bords. Il en émerge trois ou quatre gros poils noirs. Cette hypertrichose discrète paraît liée aux modifications qu'a subi le derme, car elle n'existe pas au niveau de l'autre commissure. Quelques ponctions aberrantes au pourtour de la cicatrice.

OBSERVATION III

Shalem Salomon Maho.

Au milieu de la joue gauche, au-dessus et au-dessous de l'os malaire, une vaste cicatrice disgracieuse, très irrégulière de forme. Elle a environ 3 à 4 centimètres de hauteur sur autant de largeur. Au centre une sorte de crête saillante qui est de coloration rose, quelque peu chéloïdienne, d'où se détachent de très nombreuses crêtes secondaires qui se terminent par des sortes de promontoires à la périphérie. De sorte que le contour de cette cicatrice formée par l'ensemble de toutes ces pointes est festonné et très irrégulier. En outre sur les confins de cette cicatrice déchiquetée existe une multitude de petites mouchetures cicatricielles, vestiges des pustules-filles. Toute cette cicatrice moins la partie centrale, qui est rose, est pigmentée et de couleur chamois (la coloration est à peu près celle du Xanthelasma) qui tient à l'adjonction de Xanthelasma au tissu cicatriciel.

Le malade nous dit que cette cicatrice est le résultat d'un « Bouton d'Alep » qu'il aurait eu à deux ans à Téhéran, ville d'où il est originaire.

On remarque en outre sur la joue droite une cicatrice linéaire légèrement curviligne, infiltrée de Xanthelasma.

Sur le tronc et surtout dans le dos, plusieurs cicatrices, elles que peuvent en donner de l'ecthyma ou des syphilides ulcéreuses. S'agit-il de Boutons d'Orient moins développés que le premier ?

OBSERVATION IV

G..., Alexis, trente et un ans, émigrant russe des provinces transcasiennes de la Russie.

A la partie antérieure de la joue gauche, large cicatrice ayant environ 2 cm. 1/2 de largeur sur 1 cm. 1/2 de hauteur. De niveau avec la peau ambiante, lisse et plane, tranchant très nettement par son achromie absolue sur le teint du visage qui est brun et animé. Le contour de la cicatrice est net mais très sinueux et il est manifeste que plusieurs éléments secondaires se sont fusionnés avec l'ulcération principale. A quelques millimètres en dehors de la limite de la cicatrice, quelques petites ponctuations blanches, cicatrices de pustules-filles.

Ce malade raconte qu'à l'âge de vingt et un ans, en 1894, il vint habiter dans une des provinces transcasiennes à Askhalad (près de la frontière persanne), qu'à cette époque existait dans cette région une affection cutanée contagieuse, qui présentait les caractères suivants : Apparition d'un bouton sur la face, en apparence simple bouton d'acné au début, ce bouton allait s'agrandissant, une phlyctène se formait, s'ouvrait et laissait une petite plaie qui suppurait, se couvrait de croûtes, au bout d'un an et demi ce bouton guérissait tout seul. On pouvait voir un, deux, trois et plus, boutons en même temps sur le même sujet, mais toujours disséminés et jamais confluents. Le lieu d'élection était la face. On ne l'a jamais vu ni sur les membres, ni sur le corps.

Les enfants étaient atteints aussi bien que les adultes. La personne qui l'avait eu une fois était vaccinée pour l'avenir.

Au bout de deux ans de séjour à Askhalad le malade a vu paraître sur sa joue gauche un bouton semblable à ceux dont j'ai parlé plus haut, ce bouton a disparu sans aucun traitement au bout de neuf mois.

OBSERVATION V

Mohamed ben el hadj. Belkacem, infirmier gérant de l'infirmerie indigène de Touggourt.

Parti en voyage à Ouargla sans lésion aucune, revient après vingt jours d'absence et présente une plaie à la partie inférieure de la face postérieure de l'avant-bras gauche. Il dit s'être blessé en chargeant ses bagages sur un chameau. Cette plaie qui reposait sur une grosseur, est allée en augmentant. Le 12 février 1915, il présente une plaie de la taille d'une pièce de cinq francs reposant sur une base indurée dépassant de un centimètre environ le pourtour de l'ulcération. Celle-ci est comme enchâssée dans l'épaisseur de cette masse et les bords en sont plus élevés que le centre. Le fond est granuleux, bourgeonnant, irrégulier, recouvert d'une espèce de couenne blanche et sécrétant un liquide séreux et citrin. Un pansement occlusif au baume du Pérou appliqué sur l'ulcération, après avoir enlevé cette couenne blanche et cautérisé le fond bourgeonnant au nitrate d'argent, est laissé en place dix jours. Le onzième jour le pansement est défait et il ne reste plus de l'ulcération qu'une cicatrice de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Un an après cette cicatrice présente l'aspect suivant. Elle est un peu pâle, tranchant sur le reste de la peau, déprimée, à bords irréguliers, parfaitement souple, mais le fond est inégal, il y a des dépressions punctiformes, séparées par de légères élevures, cette cicatrice ressemble à s'y méprendre, aux cicatrices de variole que le malade présente à la figure.

C'est une cicatrice d'un Clou de Biskra qui n'a pas subi son évolution complète, mais elle présente cependant les caractères propres à ce genre de cicatrice.

OBSERVATION VI

Mohamed-Ben-Bessem, soldat de 2^e classe à la 19^e compagnie du 3^e tirailleur. Depuis deux mois affecté à la garde du Camp des travaux publics travaillant à la ligne Biskra-Touggourt, présente un jour de petites ulcérations, à la partie antérieure du cou-de-pied gauche, au tiers inférieur et externe de la jambe droite, et à la face dorsale du poignet droit, lesquelles ulcérations, malgré des pansements évoluent et deviennent des Clous de Biskra typiques. Le 1^{er} février 1914, le malade est évacué pour pneumonie à l'hôpital militaire de Biskra, où aux dires du malade, aucun traitement, aucune cautérisation n'est faite par le médecin traitant qui lui déclare que ça n'aurait d'autres résultats que de provoquer une cicatrice plus disgracieuse. La guérison est donc survenue toute seule au bout de deux mois. A l'examen on relève des cicatrices aux emplacements occupés par les clous.

La cicatrice du cou-de-pied présente la taille d'une pièce de deux francs, très déprimée et peu adhérente à l'aponévrose sous-jacente.

Celle de la jambe et du poignet sont un peu plus grandes, plus pigmentées et beaucoup plus souples, à fond très irrégulier et la peau à leur niveau est beaucoup plus lisse et plus mince qu'aux environs. Elles ont toutes deux un aspect cupuliforme, punctiforme par endroits.

La pigmentation offre des tonalités différentes claire par endroits, elle est plus foncée en d'autres des marbrures la sillonnent et une aréole fortement pigmentée encercle les deux cicatrices. L'ensemble des cicatrices offre un aspect brun chamois.

CONCLUSIONS

En définitive voici quels sont les caractères propres à la cicatrice du Bouton d'Orient et qui permettront de la distinguer des autres cicatrices.

I. — Ces cicatrices siègent surtout à la face et sur les parties découvertes du corps.

II. — Rarement le sujet est porteur d'une cicatrice unique, mais leur nombre ne dépasse pas un chiffre considérable.

III. — Dimension moyenne de 3 centimètres de diamètre, forme arrondie à contours sinueux, polycycliques. Autour de la principale cicatrice, *cicatrices de pustules-filles*, c'est presque pathognomonique.

IV. — Cicatrice non adhérente, souple, cupuliforme surtout dans sa zone externe, légères saillies dans son ensemble.

V. — Couleur foncée, brune au début, va en s'éclaircissant avec l'âge. Le centre le premier devient blanc, le reste est *coloré irrégulièrement*, et comme *en damier*.

L'aréole externe est toujours plus foncée que le centre.

VI. — On ne trouve aucune hypertrophie ganglionnaire dans la région où siège la cicatrice.

Le Président de la thèse,
JEANSELME

Le Doyen ;
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Blanchard (R.)*. — Note critique sur les corpuscules de Leishman (Rev. de Méd. et d'hyg. Hop. I, 1904).
- Bouquet*. — Le Bouton de Biskra. Thèse de Paris, 1887.
- Brocq*. — Traité de Dermatologie.
- Fournier*. — Traité de la syphilis.
- Jeanselme*. — Cours de Dermatologie exotique. Paris, Masson, 1904.
- Legrain*. — Notes sur le Clou de Biskra — Sa distribution géographique dans le Sahara (Ann. de derm. et de syphil. 1896, p. 11.091).
- Loustalot*. — Le Clou de Biskra. Thèse de Lille, 1886.
- Manson*. — Oriental sores Leishman bodies, incubation periods of five months (Jour. of. Hop. méd., 1907).
- Marginowsky (E.-Z.)*. — Contribution à l'étiologie du Bouton d'Orient (Bull. Inst. Pasteur, p. 74-75, 1905).
- Nicolle et Mesnil*. — Recherche du protozoaire de Wright dans 16 cas de Bouton d'Alep.
- Nattan-Larier (L.), et Bussière (A.)*. — Examen microbiologique de 10 cas de Bouton d'Orient.
- Vidal*. — Le Bouton de Biskra (Sem. méd., 6 avril 1888).
- Weber*. — Etudes sur le Clou de Biskra (Rev. méd. mil. 1886).



